471

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 17 juillet 1905 à 1 heure

Par Emile BORDESSOULE

de la Faculté de médecine de Paris

DE LA PHLÉBITE

DANS

L'APPENDICECTOMIE A FROID

Président : M. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. BROCA (Aug.), LEGUEU et GOSSET, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA ÉMMOIRE DE MA MÈRE

Souvenir d'une pieuse affection.

A MON PÈRE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, qu'il nous soit permis d'adresser à tous nos maîtres l'expression de nos remerciements les plus sincères.

A nos maîtres de l'Ecole de Limoges :

A M. le Dr Donnet, qui a été pour nous plein de bienveillance ; nous n'oublierons jamais ses leçons, ses conseils, et la patience avec laquelle il nous enseigna l'examen clinique des malades.

A MM. les Drs Lemaitre et Raymondaud chez qui nous avons été externe.

A MM. les Drs Boulland et Périgord, qui, pendant notre première année d'internat, nous ont inculqué nos meilleures notions d'auscultation et de clinique médicale.

A M. le Dr Chénieux, qui pendant notre deuxième année d'internat, nous a appris tout ce que nous savons en clinique chirurgicale.

A nos maîtres des hôpitaux de Paris :

A M. le Dr de Lapersonne.

A MM. Bar et Brindeau.

Nous remercions vivement M. le Dr Legueu, professeur agrégé, qui nous a inspiré l'idée de ce travail et procuré les principales observations. Nous remercions aussi notre ami, M. Hubert, interne des hôpitaux, dont les conseils ont facilité notre tâche.

Que MM. les Drs Guinard, Jalaguier, et Walter reçoivent l'expression de notre gratitude, pour les observations communiquées, pour les renseignements donnés.

Que M. le professeur Segond, reçoive l'hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Depuis ces dernières années, l'opération de l'appendicite à froid semble être devenue la règle admise par presque tous les chirurgiens; et cette opération est considérée par ces derniers comme une opération des plus bénignes, de celles qui donnent les meilleurs résultats et qui ne font courir à l'opéré aucun danger.

Cependant, en étudiant un certain nombre d'observations, en suivant les malades après leur opération, on peut remarquer qu'il existe une complication, sur laquelle on n'a pas encore assez attiré l'attention, nous voulons parler de la phlébite.

Toutefois, des cas de phlébite dans les appendicites, sont signalés, depuis 1900 environ, dans diverses revues (Roux, de Lausanne, *Revue de la Suisse Romande*) (Villard de Lyon, *Revue de Chirurgie*, 1902), et dans diverses thèses (thèse de Jouglard 1902, thèse de Petit 1902).

Mais, tous ces cas, sauf deux, rapportés dans notre thèse (obs. VII et VIII), se rapportent à des phlébites,

survenant au cours d'une crise aiguë d'appendicite, ou après appendicectomie à chaud.

Un cas très net fut pourtant signalé par M. Jalaguier (Embolie dans l'appendicite), à la Société de Chirurgie (juin 1903) : Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, qui, après appendicectomie à froid, fit une embolie du poumon gauche, dix-huit jours après son opération.

Il nous a donc paru intéressant d'étudier cette affection, et pour cela, après avoir indiqué un certain nombre d'observations, nous en rechercherons les conditions étiologiques, les symptômes et les différentes formes cliniques. Dans un dernier chapitre, nous en traiterons rapidement le diagnostic et le pronostic.

Observation I (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr Legueu.

Appendicite chronique. Opération. Phlébite des deux membres inférieurs. Embolie.

Femme de 40 ans. Tuberculeuse.

Depuis dix ans, a une diarrhée intermittente sans cause que le régime ne modifie pas d'une manière constante et définitive.

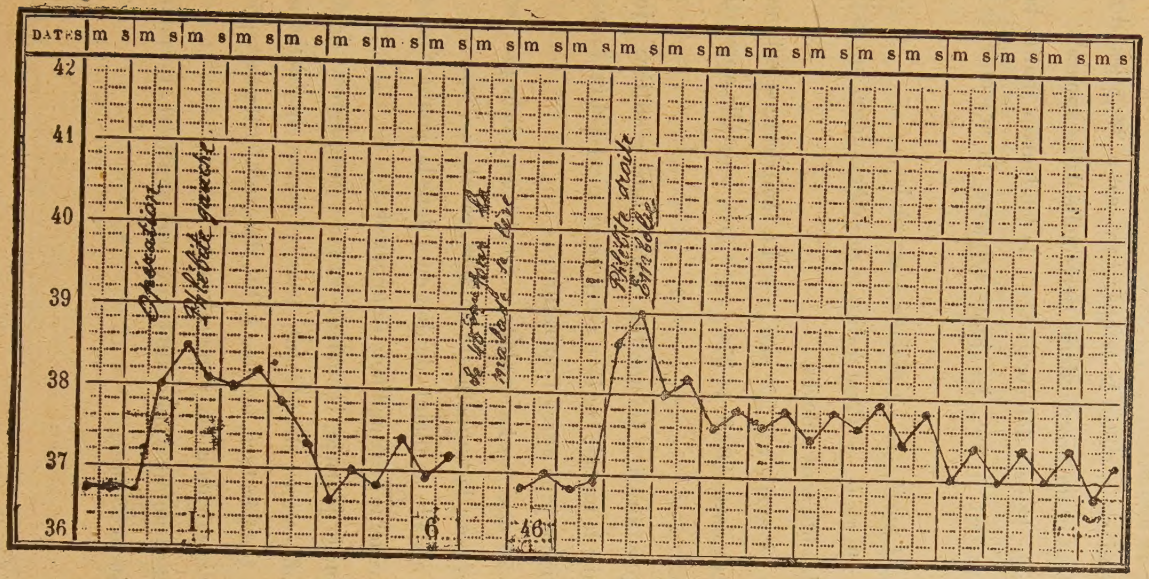
Envies de vomir souvent en se mettant à table. Depuis deux ou trois ans, douleurs dans le ventre.

Il y a un mois, le 10 mars 1905, douleur vive localisée à droite et petite crise d'appendicite subaiguë, sans empâtement.

Opération le 11 avril 1905. — Appendice long, mais oblitéré à la pointe sur un trajet de 2 centimètres. A la coupe, présente en dedans, beaucoup d'hémorragies folliculaires.

Le soir la température monte à 38°, et la malade se plaint

Observation I (M. le Dr Legueu).


DATES
m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s m s
42
41
40
39
38
37
36
Opération
Phlébite gauche
Phlébite droite
Embolie
1
6
16

Appendicite chronique. Opération. Phlébite des deux membres. Embolie.

de douleurs dans la jambe gauche ; ces douleurs assez vives, siègent au mollet.

Le lendemain matin la température est à 38°,5 les douleurs persistent et un léger œdème péri-malléolaire apparaît.

Le soir, légère défervescence : le lendemain matin, la température est à 38°, les jours suivants, la descente se fait en ysis.

Le 14 avril. — La malade a ses règles.

Le 19 avril. — C'est-à-dire le neuvième jour, après l'opération, les fils sont enlevés.

Du 18 avril, au 27 mai. — La température est normale, oscillant entre 36°,8, et 37°. Le 19 mai, nouvelle apparition des règles.

Repos au lit, immobilité dans une gouttière, jusqu'au 26 mai ; la malade se lève ce jour là, c'est-à-dire le quarante-cinquième jour après l'opération.

Le 29 mai. — La malade présente une brusque ascension thermique ; la température de 36°8, monte à 38°6.

La malade se plaint de douleurs dans la jambe droite, et un léger œdème péri-malléolaire apparaît.

Dans la journée, la malade est prise bruquement de dyspnée, de suffocation; elle présente tous les signes de l'embolie.

La température, montée à 39°, descend lentement pour revenir à la normale, six jours après.

Repos au lit. Immobilité dans une gouttière. La malade sort guérie le 27 juin.

Observation II. (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr Legueu.

Appendicite chronique. Opération. Phlébite des deux membres inférieurs.

Jeanne J..., 19 ans, après avoir eu trois crises d'appendicite à des dates assez éloignées, entre à l'hôpital, pour se faire opérer.

Elle entre le 14 février et est opérée le 16. Pendant ces deux jours, sa température avait été normale. Elle ne présentait alors comme reliquat de ses crises antérieures d'appendicite qu'une légère douleur au niveau de la fosse iliaque droite ; le ventre n'était ni dur, ni ballonné.

L'opération fut des plus simples.

Incision classique. Ouverture du péritoine sur une longueur de 4 centimètres. Découverte facile d'un appendice, long et congestionné à la pointe.

Cet appendice est relié au cœcum par des adhérences.

Ligature. Section de l'appendice au thermo-cautère et enfouissemement.

Suture exacte.

Après l'opération, la malade ne présente rien d'anormal, sa température fut toujours aux environs de 37°, sauf le deuxième jour au soir où la malade présentait une légère élévation de 37°3 ; et le septième jour, où elle montait à 37°5.

Les fils furent enlevés le huitième jour.

La malade quitte l'hôpital le 5 mars, c'est-à-dire le dix-neuvième jour après l'opération, et s'en va chez elle.

Le 12 mars. — Elle fait un léger épanchement pleurétique.

Le 16 mars. — La malade ressent des douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans la cuisse gauche, et jusqu'aux malléoles. La malade ne peut remuer sa jambe sans ressentir de vives douleurs.

Température, à ce moment, 38°5.

Le lendemain, du gonflement apparaît à la racine de la jambe gauche et gagne tout le membre.

Des douleurs apparaissent dans la jambe droite ; et quatre jours après du gonflement apparaît à la racine de la jambe pour gagner tout le membre.

Repos au lit.

Immobilité dans une gouttière.

Le 26 avril. — La malade se lève et commence à marcher.

Le 27 juin. — Toute trace de phlébite a complètement disparu. On constate simplement un léger œdème bimalléolaire.

Observation III (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr Guinard.

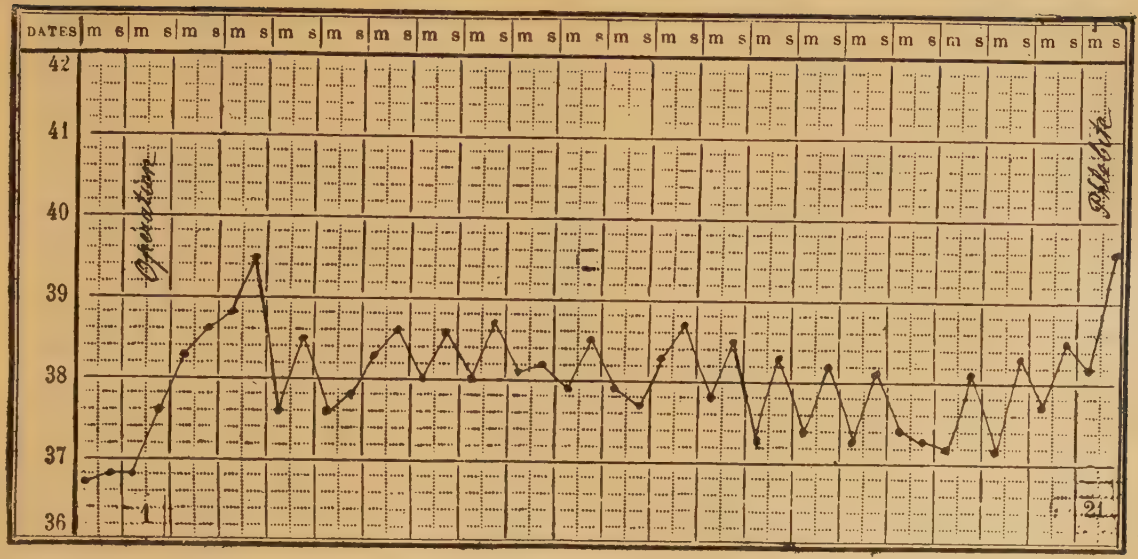
Appendicite chronique. Opération. Phlébite droite.

Anna D... 32 ans, femme de chambre, entre dans le service de M. le Dr Guinard le 2 juin 1904. Elle avait déjà eu plusieurs crises appendiculaires.

A son entrée à l'hôpital, elle ne présente comme résultat de ses crises qu'une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite. Température normale.

Opération le 13 juin. On trouve un appendice pris dans des

Observation III (M. le Dr Guinard).


DATES
m s m s m s

adhérences qui le coudent. Il est un peu plus gros que normalement, mais en somme il est peu malade. La muqueuse paraît saine à l'exception de son extrémité terminale où on voit de légers exsudats.

Le troisième jour de l'opération, le soir, la malade présente une température de 39°5 ; le lendemain soir, elle est à 38°5; le matin à 37°7 et cela pendant dix-sept jours.

Le dix-huitième jour, c'est-à-dire le vingt et unième jour après l'opération elle a 39°6. Elle se plaint de douleurs siégeant au bas-ventre et s'irradiant vers la cuisse. Le lendemain du gonflement apparaît au niveau de la cuisse droite et s'étend à toute la jambe.

On l'immobilise dans une gouttière.

Elle sort de l'hôpital vingt jours après sans être complètement guérie, et chez elle, par suite d'imprudence, elle fit une rechute et ne guérit que trois mois après de sa phlébite.

Pas d'embolie.

Observation IV (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr Guinard.

Appendicite chronique. Opération. Phlébite des deux membres inférieurs.

Jeanne J... 19 ans, servante, entre le 10 octobre 1904, dans le service de M. le Dr Guinard. Elle a déjà eu trois crises d'appendicite.

A la palpation, on sent un léger empâtement dans la fosse iliaque droite. Douleur à la pression.

Opération le 11 octobre. On trouve un appendice coudé par une adhérence, il contient une bouillie fécale, et il est oblitéré à son extrémité, sur une étendue de 1 centimètre.

Pas de drain.

Le dix-huitième jour après l'opération, légère élévation de température. Douleurs du côté gauche dans le bas-ventre, et s'irradiant dans la cuisse.

Le lendemain, gonflement qui débute à la racine du membre et qui gagne toute la jambe.

Cinq jours après : Douleurs et gonflement de la jambe droite. Repos au lit. Immobilité dans une gouttière pendant trente jours. La malade sort guérie.

Observation V (*Inédite*).

Quatre cas de phlébite due à l'obligeance de M. le Dr Jalaguier.

1er Cas.

Homme de 33 ans. Rhumatisant. Avait déjà eu une phlébite deux ou trois années auparavant.

Opéré au mois d'août 1895 pour appendicite chronique. (Ce fut le premier cas d'incision par la gaîne du muscle).

Le onzième jour après l'opération, le malade fait une phlébite à droite et une petite embolie.

Guérison.

2e Cas.

Femme de 22 ans. Avait fait une poussée d'appendicite aiguë

fin octobre 1904. Est accouchée au mois de septembre 1904. Opérée le 15 février 1905.

Phlébite à droite. Guérison sans embolie.

3e Cas.

Appendicite chronique. — Femme de 27 ans. Avait eu deux ans auparavant une double phlébite avec embolie à la suite d'une fausse couche. Opérée le 11 avril 1905.

Le dix-huitième jour après l'opération elle fit une phlébite de la jambe droite avec une petite embolie du poumon gauche.

Guérison.

4e Cas.

Appendicite chronique. — Poussées subaiguës. Jeune femme de 32 ans. Nettement rhumatisante. Pas de phlébite antérieure.

Opérée le 24 mai 1905.

Le seizième jour après l'opération une phlébite se déclare dans la jambe gauche. Ce fut une phlébite légère mais étendue à tout le membre.

Pas d'embolie. Guérison.

Observation VI

Enfin à la Société de chirurgie de 1903, M. le Dr Jalaguier rapporte le cas d'une appendicite opérée à froid chez un jeune homme de 23 ans ; une embolie typique du poumon droit se produisit au dix-huitième jour après l'opération et se termina par la guérison.

Observation VII (*In* thèse Petit, 1902). Service de M. le Dr Guinard à la maison Dubois.

Appendicite chronique opérée à froid. Mort subite le sixième jour.

Henri D..., employé de commerce, âgé de 28 ans, entre au mois de janvier 1902, dans le service du Dr Guinard à la maison municipale de Santé. Ce jeune homme qui a bonne apparence souffre depuis des années de douleurs abdominales localisées à la fosse iliaque droite.

Il nous dit qu'il a eu environ dix crises légères qui l'ont obligé à garder le lit deux ou trois jours chaque fois, mais jamais plus longtemps, sans qu'il ait eu le moindre vomissement.

A l'examen, on ne perçoit absolument aucun signe objectif.

Le 29 janvier 1902. — Le Dr Guinard pratique l'ablation de l'appendicite en *dehors de toute crise aiguë ou subaiguë.* L'appendice est aisément trouvé, à peu près libre et ne tenant que par de molles adhérences au niveau du détroit supérieur.

Tout se passe sans accident aucun. Le moignon est cautérisé au thermo-cautère et invaginé comme à l'ordinaire dans le cœcum.

Cet appendice présente les caractères d'une infection chronique ; il est renflé en deux points et vers sa partie terminale ; il est totalement oblitéré et transformé en un cordon fibreux sur une étendue de un centimètre.

Il est rempli de matières fécales liquides et la muqueuse est criblée d'un piqueté hémorragique.

Tout alla pour le mieux les jours suivants et la température

ne dépassa pas 37°, au point que M. le Dr Guinard passa sans s'arrêter devant le lit de l'opéré.

Le sixième jour, 3 février, à 5 heures du soir, le malade meurt subitement en se soulevant sur son lit.

Pas d'autopsie possible.

Observation VIII (In thèse Jouglard, 1902).

Professeur Poncet.

Appendicite pariétale. Appendicectomie. Phlébite du membre inférieur gauche. Hectieité. Mort.

Marie-Louise X..., 48 ans, n'a dans ses antécédents héréditaires rien à signaler. Dans ses antécédents personnels on note une crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 26 ans.

Depuis plusieurs années, la malade a ressenti de temps à autre dans la fosse iliaque droite des douleurs parfois accompagnées de vomissements. Ces crises, du reste, disparaissent en quelques jours. La dernière est survenue à la fin de l'été 1899, et s'est présentée avec des caractères analogues aux précédentes.

Le 11 mars 1900, la malade après son déjeuner fut prise dans la région abdominale droite de coliques accompagnées de nausées et de vomissements qui l'obligèrent à s'aliter.

Comme les phénomènes ne s'amendaient pas, la malade entre à l'hôpital. A son entrée, on constate que la région de la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression, les muscles de la paroi se défendent et il est difficile de se rendre un compte exact de l'état des parties profondes. On perçoit néanmoins un peu d'empâtement dans la région douloureuse.

Les vomissements ont cessé. L'état général est bon. Aucun symptôme péritonéal.

Le lendemain, sous l'influence du repos et de la glace, la douleur a beaucoup diminué et la contracture de la paroi ayant un peu cédé, on sent plus nettement le plastron perçu la veille.

L'état général étant bon on opère à froid le 10 avril.

Le cœcum est très élevé ; l'appendice difficile à découvrir : il est très long, inclus dans des adhérences et coiffé à son extrémité d'un paquet épiploïque. L'appendice est lié et réséqué.

Les suites opératoires sont normales, mais, huit jours après l'intervention, la malade ressent quelques douleurs dans la jambe gauche en même temps qu'apparaît un œdème blanc, mou, qui ne tarde pas à envahir la racine de la jambe gauche.

La jambe droite a même un commencement de phlébite.

A partir de ce moment, l'état général périclite. Bientôt apparaissent les escharres fessières bilatérales et la température s'élève rapidement.

La plaie opératoire est excellente.

L'état infectieux s'aggrave. La malade meurt dans les premiers jours de juin.

Observation IX (Sonnenburg).

In Congrès de la Société de Chirurgie allemande de Berlin, 1902.

Appendicites. Opération. Embolie.

« J'ai étudié un millier de cas d'appendicite opérés par moi, tant à chaud qu'à froid, et j'ai trouvé dans 24 cas des complications du côté du système veineux. Or, chez 15 de mes patients il s'agissait d'une embolie pulmonaire. Tous ont guéri sauf un. »

SES CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES. — SON SIÈGE, SA FRÉQUENCE.

Comment expliquer la production de cette phlébite ?

Rappelons brièvement les théories émises pour expliquer la production des phlébites en général.

Une théorie mécanique, la théorie de la thrombose marastique de Virchow. La coagulation du sang serait due au ralentissement de la circulation périphérique.

Une théorie chimique, la théorie de Vogel. La coagulation du sang dépendrait de la composition du plasma sanguin.

Enfin, la théorie actuelle, généralement admise, *la théorie de l'infection.*

Cette théorie a été celle de Cruveilher, et elle a été soutenue ces derniers temps par MM. Vaquez et Vidal.

Après appendicectomie à froid, s'il y a phlébite, il y a a infection. D'où vient cette infection ?

Vient-elle d'une faute d'asepsie au cours de l'opéra-

tion ? C'est possible, mais peu probable. Il est difficile d'admettre pareille faute de la part de chirurgiens habiles, expérimentés et soucieux de l'asepsie la plus parfaite. Et, quand, après une appendicectomie, ils ont un cas de phlébite, ils ne se rappellent pas en général avoir commis la plus légère faute d'asepsie ou d'antisepsie. Et une bonne preuve que l'infection n'est pas due à une faute d'asepsie, c'est qu'on a pu observer (M. le Dr Walter, entre autres), en dehors de toute intervention, des phlébites survenant au cours d'une appendicite chronique.

Vient-elle du réveil des micro-organismes par l'acte opératoire? L'infection, atténuée, de l'appendice refroidi, s'aggrave-t-elle du fait de l'opération ? En effet, qu'est-ce que l'appendicite ? Est-ce simplement une infection locale, qui, partie de l'appendice, va se généraliser à tout l'organisme, ou plutôt est-ce une infection générale, qui pourra se localiser à l'appendice. Cette opinion a été soutenue par M. le Dr Jalaguier. Il dit : « La cause de l'appendicite est l'infection, infection qui résulte souvent de l'extension d'une infection du reste du tube digestif, mais qui, le fait me paraît aujourd'hui démontré, peut aussi résulter de la localisation sur l'appendice d'une infection générale. »

Ainsi, l'ablation de l'appendice à froid, pourra réveiller cette infection générale atténuée, et déterminer une phlébite. Mais d'autres conditions sont peut-être nécessaires pour l'apparition d'une phlébite, après appendicectomie à froid. En dépouillant nos observations, nous sommes frappés de ce fait que la plupart des malades

présentent un terrain favorable à l'éclosion de la phlébite. La malade de l'observation I est tuberculeuse ; les malades des observations V (1er et 4e cas) et VIII, sont nettement rhumatisants ; les malades des observations V (1er et 3e cas) avaient eu des phlébites antérieures ; le malade du premier cas, une phlébite due au rhumatisme ; la malade du troisième cas, une phlébite double d'origine puerpérale à la suite de fausse couche.

La tuberculose affaiblit le malade, le met en état de moindre résistance. Le rhumatisme, les phébites antérieures rhumatismales ou puerpérales, altérant les parois d'une veine, créent un *locus minoris resistentiæ*, et après appendicectomie à froid, une phlébite, sous l'influence d'une légère infection pourra apparaître facilement.

Quel est le siège de cette phlébite. Elle siège aux membres inférieurs, le plus souvent à gauche, mais quelquefois à droite. (Dans nos observations, nous avons 5 cas de phlébite à gauche, et 4 à droite). Elle peut occuper les deux membres inférieurs : elle débute alors à gauche, et quelques jours après, huit jours en général (pourtant dans l'obs. I la phlébite droite n'est apparue que quarante-cinq jours après la phlébite gauche, la malade s'était levée l'avant-veille) elle gagne le membre droit.

Essayons d'expliquer ces localisations. Pourquoi les micro-organismes circulant dans le sang, se localiseront-ils de préférence à gauche ? Nous allons peut-être en trouver la raison par les données de l'anatomie normale, ou bien encore par la physiologie.

Le côlon ilio-pelvien croise les vaisseaux iliaques externes ; la veine iliaque primitive gauche est plus longue que celle du côté droit : elle a un trajet plus oblique. Le cours du sang se fait plus difficilement de ce côté ; en effet, il peut y avoir compression de la veine gauche, par l'artère iliaque primitive droite, qui la croise. Une autre cause de compression est la stase des matières fécales durcies dans l'S iliaque dilaté ; le malade, purgé la veille de l'opération est soumis ensuite au régime opiacé ; pareil régime et le repos au lit sont bien faits pour déterminer cette coprostase.

Cette disposition anatomique nous expliquant la difficulté de la circulation, la stagnation du sang, et la facilité de l'infection, montre pourquoi la phlébite se localisera de préférence à gauche.

Pourquoi maintenant la localisation de la phlébite à droite?

Ici, on ne peut pas faire intervenir la difficulté de la circulation, la stagnation du sang.

L'appendice est situé dans la fosse iliaque droite. Il se met en rapport avec les vaisseaux iliaques externes, la veine située plus en dedans que l'artère. Il est séparé de ces vaisseaux par la séreuse péritonéale qui les recouvre, les appliquant contre la paroi de la fosse iliaque.

Le chirurgien, incisant ou déchirant les adhérences, qui relient l'appendice avec les organes voisins, pourra léser la veine iliaque droite ; et ce traumatisme favorisera, appellera l'infection de ce côté, et une phlébite se développera à droite.

Peut-on dire exactement quelle est la fréquence de la phlébite, chez les appendicectomisés à froid ? Il est difficile de faire une pareille statistique, d'autant que les cas de phlébites semblent venir par périodes. Un chirurgien aura deux, trois cas de phlébite, avec embolie même, dans l'espace de deux, trois mois, et il restera ensuite longtemps sans en observer un seul cas.

Cependant d'après l'observation IX (Sonnenburg), de Berlin, sur un millier de cas d'appendicites opérées, tant à chaud qu'à froid il est vrai, a observé dans 24 cas, des complications du côté du système veineux.

Et, chose curieuse, la phlébite est plus fréquente chez les malades de la clientèle particulière que chez les malades de l'hôpital. Dans nos observations, les 4 cas de M. le Dr Jalaguier, et la malade de notre observation I sont des malades de la clientèle particulière. M. le Dr Walter nous a dit avoir constaté le même fait, et, dans tous les cas de phlébite qu'il a eus, à la suite d'appendicectomie à froid, il s'agissait de malades de sa clientèle.

Rappelons à ce sujet l'interprétation de Sonnenburg (de Berlin) : « Les patients de la première catégorie, c'est-à-dire les malades de la clientèle particulière *très anxieux, après une ou plusieurs crises appendiculaires, prennent tant de ménagements au point de vue régime qu'ils finissent par se nourrir insuffisamment et par débiliter* ainsi leur muscle cardiaque. Cette faiblesse du cœur paraît être, en effet, la cause primordiale du développement de ces thromboses. »

Ainsi, de tels malades, anxieux, affaiblis, débilités, seront un terrain favorable pour l'infection.

Voyons chez qui s'observe cette phlébite. Elle s'observe surtout chez les femmes, et des femmes jeunes.

Sur 11 cas de phlébite que nous rapportons, dans 8 cas, il s'agit de femmes, et dans 2 cas seulement les femmes ont 40 ans ; dans les 6 autres cas, elles ont de 18 à 30 ans. Et cette phlébite après appendicectomie à froid, se développera d'autant mieux chez ces dernières, qu'elles seront rhumatisantes, qu'elles auront eu des phlébites antérieures, rhumatismales ou puerpérales, qu'elles seront débilitées par la maladie, tuberculose ou chlorose.

Elle s'observe aussi chez les hommes et chez des hommes jeunes (Obs. V, 1er cas, obs. VI, obs. VII). Dans nos observations, pas un de nos malades n'a 30 ans.

Chez eux, la complication redoutable de la phlébite apparaît souvent (Obs. V, 1er cas) même, c'est le seul symptôme de la phlébite (Obs. VI et VII).

SES SYMPTOMES. SES FORMES CLINIQUES.

L'infection veineuse après appendicectomie à froid va se traduire par plusieurs symptômes : douleurs, crampes, œdèmes, élévation de température.

Parmi tous ces symptômes nous allons d'abord étudier l'élévation de température, les autres seront décrits lors de l'étude des formes cliniques.

C'est la température qui, au lendemain ou au surlendemain de l'opération pourra déceler l'apparition d'une phlébite. Examinons le tracé thermique de l'observation II : il est très net. Le troisième jour de l'opération le malade monte à 39°,5, les jours suivants redescend aux environs de 38° et y reste pendant dix-huit jours. Le dix-neuvième jour il y a apparition de douleurs et gonflement dans le membre inférieur droit.

Dans l'observation I la phlébite apparaît au lendemain de l'opération et elle est accompagnée d'une élévation de température de 39°,3. Quatre jours après la température redescend à la normale et y reste pendant quarante jours. A ce moment la malade fait une phlébite

de l'autre membre et on constate une nouvelle ascension thermique : 38°,6. Il est vrai qu'il y avait en même temps embolie.

Ainsi une élévation de température, trois ou quatre jours après l'opération, pourra faire craindre l'apparition d'une phlébite ; et, toute phlébite au moment de son apparition, sera accompagnée d'une élévation de température.

La température restera élevée trois ou quatre jours, puis redeviendra normale ou aux environs de la normale.

La phlébite se présente sous différentes formes cliniques.

La première : forme aiguë, pourrait-on dire, en tous points semblable à la phlegmatia alba dolens des accouchées.

La deuxième : forme subaiguë, ne se traduisant que par une douleur plus ou moins vive, et quelquefois un léger œdème périmalléolaire.

La troisième : la forme phlébitique à début embolique : un seul signe permet de la reconnaître : l'embolie.

La première forme est constatée dans nos observations II, III, IV. Elle ressemble, avons-nous dit, à la phlegmatia alba dolens des accouchées. Son début lent, insidieux, apparaît entre le huitième et le vingtième jours après l'opération (obs. III, 21^{me} jour ; obs. IV, 18^{me} jour ; obs. V, 1er cas, 11^{me} jour ; 3^{me} cas, 18^{me} jour ; 4^{me} cas, 16^{me} jour ; obs. VIII, 8^{me} jour).

Quelquefois elle se manifeste plus tard ; dans l'observation II la phlébite apparaît le trentième jour après

l'opération. Quelquefois elle apparaît plus tôt : dans l'observation I, elle apparaît le lendemain.

Nous allons diviser ces symptômes en signes fonctionnels et en signes physiques.

Les signes fonctionnels au nombre de deux sont : la douleur et l'impotence fonctionnelle.

La douleur au début siège au point où s'est produite la thrombose. Elle siège tantôt au niveau de la racine de la cuisse (obs. II, III, IV), tantôt à la partie médiane de cette dernière, au niveau du canal de Hunter ; enfin tantôt au niveau du mollet (obs. I).

C'est le plus souvent une douleur lente, sourde, quelquefois une douleur vive suivant le trajet des nerfs : c'est la forme névralgique dont ont parlé MM. Vaquez et Quénu.

L'impotence fonctionnelle accompagne la douleur. Elle est complète, absolue.

L'examen physique du membre atteint de phlébite nous montre ce dernier augmenté de volume, déformé, arrondi. La jambe est ordinairement à demi-fléchie sur la cuisse et la cuisse fléchie sur le bassin, en même temps que le membre est en légère rotation externe.

Mais le signe caractéristique est l'œdème : blanc, dur, douloureux.

L'œdème accompagne ou suit la douleur ; il débute (obs. II, III, IV) au niveau de la racine du membre, et de là, gagne l'extrémité inférieure.

Comme dans toute phlegmatia alba dolens on peut constater dans ces phlébites de l'hydarthrose au niveau du genou.

Les signes généraux sont peu marqués pendant l'évolution de la phlébite.

Au moment de son apparition, nous constatons une élévation de température ; la température reste élevée trois ou quatre jours, puis redescend à la normale.

La deuxième forme de la phlébite ou forme subaiguë (obs. I) est celle où l'opéré se plaint d'un point douloureux localisé en une région du membre inférieur, il présente quelquefois un léger œdème périmalléolaire.

On peut constater à ce moment une faible élévation de température (38°,3 obs. I).

Il faudra se méfier de ces formes douloureuses. Souvent, alors que la température est normale, depuis au moins 30 jours, si l'on permet au malade de se lever, une embolie plus ou moins grave pourra apparaître (obs. I).

La troisième forme que nous nous sommes proposé de décrire : la phlébite à début embolique (obs. VII) dans laquelle une embolie pulmonaire se déclare subitement : c'est le seul signe révélateur de la phlébite.

L'embolie peut revêtir plusieurs formes et, suivant le volume, on les classe en grosses et moyennes embolies.

La grosse embolie survient à l'occasion d'un mouvement et brusquement le malade meurt (obs. VII). La mort survenant ainsi par asphyxie ou par syncope est brusque, rapide, et il n'y a aucun moyen d'intervention pour enrayer le mal.

D'autres fois la grosse embolie donne naissance à des accidents moins brusques. Subitement, « le malade est pris d'une suffocation extrême, d'une soif d'air ; puis

s'il ne succombe pas, à la pâleur du début succèdent des signes nets d'asphyxie ; la face se cyanose, les yeux sortent de l'orbite, les pupilles se dilatent, les veines jugulaires sont turgescentes.

La dyspnée surtout est extrême, l'inspiration est profonde, la bouche largement ouverte, les narines dilatées. Bien que l'air pénètre dans les alvéoles, l'oppression ne cesse pas, elle s'accompagne d'angoisse extrême et de sensation de mort prochaine. On peut observer de la douleur précordiale ou un point de côté. Le cœur bat tumultueusement, puis s'affaiblit. Quand l'asphyxie progresse, les téguments deviennent violacés, les extrémités se refroidissent, le malade gardant sa connaissance jusqu'à la fin. Cependant on voit quelquefois survenir des convulsions générales.

La mort peut arriver en quelques heures, ou ne survenir qu'au bout de un à deux jours. Il y a alors des rémissions, des crises aiguës, dont nous venons de donner la description, et le malade finit par succomber dans un des paroxysmes.

Les signes physiques sont absolument nuls dans les cas à évolution rapide... Si les accidents se prolongent, on observe des signes de congestion et d'œdème diffus. » (MM. Merklen *in* Brouardel et Gilbert).

C'est justement l'existence de signes physiques et l'évolution plus fréquente vers la guérison qui permettent de différencier les grosses embolies des moyennes.

Dans le cas de moyenne embolie, le début se fait encore brusquement. Le malade se plaint d'une douleur interne violente, syncopale : Cette douleur est

caractéristique. Certains malades disent même avoir senti comme un point douloureux qui remontait de l'abdomen pour s'arrêter au niveau du thorax. La douleur est immédiatement suivie d'une dyspnée extrême : le malade fait des efforts violents pour respirer il a une véritable soif d'air.

Bientôt va apparaître le troisième signe, l'hémoptysie noirâtre, jus de réglisse, peu abondante.

Les signes physiques sont variables. Laënnec en distinguait deux, qui, à eux seuls, devaient faire porter le diagnostic : l'absence de murmure vésiculaire dans un point circonscrit du thorax et l'existence de râles crépitants ou sous-crépitants autour de ce point.

Ces embolies, anatomiquement caractérisées par l'existence d'un infarctus, guérissent généralement le vingtième jour.

Du quinzième au vingtième jour, l'hémoptysie cesse; les signes physiques disparaissent.

La pneumonie, la pleurésie peuvent succéder à l'infarctus. Dans l'observation II, notre malade, quatre jours avant la production de sa phlébite, fit un léger épanchement pleurétique, et on peut se demander s'il n'était pas dû à une embolie pulmonaire, passée inaperçue.

A quel moment l'embolie apparaît-elle? Dans les phlébites à début embolique? Elle est apparue le huitième jour après l'opération dans l'oservation VII, cas de M. le Dr Guinard; elle n'a été annoncée par aucune élévation thermique, par aucun symptôme. Ce fut une grosse embolie mortelle. Mais on observe (M. le

Dr Walter en a observé 2 cas) des embolies moyennes, survenant vers le dixième ou onzième jour après l'opération et ne s'accompagnant d'aucun symptôme du côté veineux.

Les embolies, survenant dans les phlébites déclarées, c'est-à-dire dans les phlébites où il y a de la température, de la douleur, de l'œdème, apparaissent presque en même temps ou peu après la phlébite. La malade de l'observation I fit son embolie en même temps que sa phlébite du côté droit : elle eut ce jour-là 39° de température.

Dans le premier et troisième cas de l'observation V une embolie est survenue en même temps que la phlébite : dans le premier cas, le onzième jour ; dans le troisième, le dix-huitième jour.

En résumé, si une phlébite se déclare après appendicectomie à froid, elle s'annoncera, suivant ses formes cliniques, par de la température, de la douleur, de l'œdème plus ou moins étendu, ou simplement par une embolie.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC

Quand la phlébite du huitième au vingtième jour apparaît avec tous ses symptômes : fièvre, douleur, œdème, le diagnostic ne présente aucune difficulté ; mais dans l'intérêt des malades, il s'agit de dépister cette phlébite avant l'apparition des symptômes ; douleur et œdème. Aussi devra-t-on, chez tout opéré, examiner systématiquement la température de chaque jour. Une élévation thermique survenant 2, 3, 4 jours après l'opération sera suspecte ; le malade est menacé de phlébite. Dès ce moment, le chirurgien devra lui recommander l'immobilité la plus absolue ; le plus léger mouvement peut être la cause d'une embolie.

Celle-ci peut s'accompagner d'une élévation de température (observation I), et se diagnostiquera facilement d'après ces symptômes : point de côté, dyspnée, sensation d'asphyxie, crachats hémoptoïques.

Quelle est l'évolution de ces phlébites ?

Après une durée de trois ou quatre semaines, elles évoluent généralement vers la guérison. Plus tard, les complications observées dans la phlegmatia alba dolens

des accouchées pourront apparaître : des troubles vasculaires, apparition de varices dues au défaut de circulation dans le système veineux ; des troubles nerveux : sensitifs, névralgies marquées, au moment du changement de température ; moteurs : crampes dans les jambes.

L'embolie complique les phlébites déclarées, mais elle en est quelquefois le seul signe (Forme phlébitique à début embolique). Et, en dehors de cette embolie, est-il possible de déceler ces phlébites cachées ? D'après Sonnenburg ces phlébites occupent les veines abdominales. Voici son opinion : « Le diagnostic des thromboses possible toutes les fois que la lésion intéresse les membres inférieurs, est impossible dès qu'il s'agit des veines abdominales ; j'ai pu me rendre compte que ces thromboses précédant les embolies pulmonaires ne s'annoncaient généralement ni, *par une élévation de température, ni par une fréquence anormale du pouls, ni par des symptômes douloureux.* »

Ainsi, ni l'élévation de température, ni une fréquence anormale du pouls, ni des symptômes douloureux, ne peuvent faire prévoir ces phlébites. Il sera donc sage, prudent de laisser l'opéré au lit pendant trois semaines au moins, même s'il ne présente aucune élévation thermique.

Le pronostic de pareilles embolies est toujours grave. Dans l'observation VII, le malade meurt subitement le sixième jour en se soulevant sur son lit ; et bien que nos malades, observations I, V, (1er et 3^{me} cas) aient guéri, il faut songer aux complications, qui peuvent survenir à la suite d'une embolie : abcès et gangrène du poumon.

CONCLUSIONS

1° La phlébite atténuée est une complication qui peut survenir à la suite d'appendicectomie à froid.

2° Cette affection se présente sous différentes formes cliniques.

3° Elle peut ne se traduire que par sa complication la plus grave : l'embolie.

4° Elle siège le plus souvent du côté gauche ; elle peut être bilatérale, les deux membres inférieurs étant pris l'un après l'autre ; dans ce cas le membre gauche est toujours pris le premier.

5° On remarque généralement une légère élévation thermique chez les opérés menacés de phlébite ou chez lesquels la phlébite commence.

6° On ne doit jamais permettre aux opérés d'appendicite à froid de se lever avant le vingt et unième jour même s'il n'existe aucun signe de phlébite.

Vu : le Président de la thèse
P. SEGOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bera. — Thèse Paris, 1900.

Cochot. — Thèse Paris, 1898.

Duplay et Reclus. — Article Jalaguier. Traité de chirurgie, Tome IV.

Dubary. — Thèse Paris, 1901.

Jouglard. Thèse Paris, 1902.

Lebon. — Thèse Paris, 1894.

Petit. — Thèse Paris, 1902.

Piart. — Thèse Paris, 1896.

Pravaz. — Thèse Lyon, 1898.

Pozzi. — In Revue de gynécologie 1902. (Extrait du Bulletin médical d'Algérie).

Ramson. — Bristish medical Journal.

Roux (de Lausanne). — Revue de la Suisse Romande.

Sonnenburg. — In compte-rendu du Congrès de chirurgie de Berlin 1902.

Revue de chirurgie, 1898-1905.

Traité de médecine. Brouardel et Gilbert.

Talamon. — Appendicite et périthyphlite, 1892.

Villard. — Société de chirurgie de Lyon, 1901.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE